

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E
*ginekologia*Całkowite wytrzewienie narządów miednicy
mniejszej z powodu raka pochwy
– opis przypadku

Total pelvic exenteration in vaginal cancer – case report

Olejek Anita¹, Arendt Jerzy², Olszak-Wąsik Katarzyna¹, Waniczek Dariusz²,
Zamłyński Jacek¹, Horák Stanisław¹, Nowak Leszek¹, Kozak-Darmas Iwona¹¹ Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Polska² Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Polska**Streszczenie**

Rak pochwy jest rzadkim nowotworem i w 65%-90% przypadków jest to przerzut innego nowotworu. Rak pochwy diagnozowany jest przede wszystkim wśród pacjentek 60-70 letnich, chociaż opisywany jest także w grupie kobiet młodszych. Najczęstszym stwierdzanym typem histopatologicznym jest rak płaskonabłonkowy. Uważa się, że czynniki rozwoju raka pochwy są zbliżone do czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy.

Prezentujemy opis przypadku 52-letniej pacjentki z rakiem pochwy pierwotnie leczonej brachyterapią. Z powodu wznowy procesu nowotworowego i wyczerpania możliwości dalszego leczenia radioterapią wykonano szereg badań dodatkowych, co pozwoliło na zakwalifikowanie pacjentki do leczenia operacyjnego. Wykonano zabieg całkowitego wytrzewienia narządów miednicy mniejszej. W przebiegu pooperacyjnym obserwowano jedynie powierzchowny wyciek z rany w powłokach brzusznych. W okresie 3 miesięcy od zakończenia hospitalizacji pacjentka wymagała ponownego leczenia z powodu ropnia okolicy lewej urostomii. Pacjentka pozostaje pod stałą kontrolą ginekologiczną, chirurgiczną oraz urologiczną. Wyniki dotychczasowych badań kontrolnych nie budzą podejrzenia wznowy procesu nowotworowego.

Całkowite wytrzewienie narządów miednicy mniejszej powinno być wykonywane w ściśle wyselekcjonowanej grupie pacjentek.

Słowa kluczowe: **rak pochwy / wznowa procesu nowotworowego /
/ całkowite wytrzewienie narządów miednicy mniejszej /**

Adres do korespondencji:

Anita Olejek
Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny
41-902 Bytom, Ul. Batorego 15
tel. (32) 7861-540
fax. (32) 7861-647
e-mail: klingin1@interia.pl

Otrzymano: **24.04.2012**
Zaakceptowano do druku: **15.01.2013**

Olejek A, et al. Całkowite wytrzewienie narządów miednicy mniejszej z powodu raka pochwy – opis przypadku.

Streszczenie

Vaginal cancer is a rare neoplasm and in about 65% to 90% of cases it is a metastatic one. It is diagnosed in women aged from 60 to 70 years, but it can also appear in younger patients. Squamous cell carcinoma is the most frequently found histopathological type. Risk factors for the development of vaginal cancer are thought to be similar to those of cervical cancer.

We present a case of a 52-year old woman with vaginal cancer treated with brachytherapy. Due to neoplasm recurrence, additional examinations were performed in the course of one year. The patient was qualified for total pelvic exenteration. A leakage from the abdominal wound was observed post operatively. It was successfully non-invasively treated. In 3 months time she was hospitalized because of the superficial abdominal abscess which was located next to the left ureterostomy. The patient undergoes regular gynecological, surgical and urological control examinations. So far, the results do not show any recurrence of the neoplastic process. Total pelvic exenteration should be considered in selected groups of patients.

Key words: **vaginal cancer / neoplasm recurrence / total pelvic exenteration /**

Wstęp

Rak pochwy stanowi 1-2% wszystkich złośliwych nowotworów spotykanych w ginekologii. Pierwotny inwazyjny rak pochwy został poraz pierwszy opisany przez Cruveilhiera w 1826 roku. W około 65%-90% przypadków stwierdzony w pochwie nowotwór ma charakter przerzutowy [1, 2]. Rak pochwy dotyczy przede wszystkim pacjentek w 6. i 7. dekadzie życia, chociaż jest też diagnozowany w grupie kobiet 40-50-letnich i młodszych [3, 4]. Średnia częstość występowania raka pochwy wynosi 0,42 na 100 000 [2].

U większości chorych z pierwotnym inwazyjnym rakiem pochwy leczeniem z wyboru jest radioterapia [5]. Całkowite wytrzewienie miednicy pierwotnie było wykonywane jako paliatywne leczenie zaawansowanych chorób nowotworowych narządu rodowego oraz odbytnicy (*rectum*) [6]. Zabieg ten poraz pierwszy przeprowadził Brunschwig w 1948 roku. W nowotworowych schorzeniach ginekologicznych zabieg wytrzewienia narządów miednicy najczęściej wykonywany jest w przypadkach zaawansowanego raka szyjki macicy, chociaż leczenie takie może być również zastosowane w rakach pochwy, sromu i macicy. W raku jajnika wytrzewienie jest rzadko stosowane [7, 8, 9, 10].

Opis przypadku

Przedstawiamy opis przypadku 52-letniej pacjentki z rakiem pochwy leczonej brachyterapią, u której z powodu wznowy procesu nowotworowego wykonano zabieg przedniego i tylnego wytrzewienia narządów miednicy.

W 2003 roku pacjentka przeszła zabieg usunięcia macicy z przydatkami z powodu raka błony śluzowej macicy IC, G3. Następnie leczona była brachyterapią, otrzymując dawkę 20 Gy w 4 aplikacjach. Zastosowano również uzupełniające napromieniowanie miednicy mniejszej (łączna dawka 50 Gy w 25 frakcjach). Od wiosny 2009 pacjentka obserwowała obecność nieprawidłowej wydzieliny z pochwy. Po przeprowadzeniu badania ginekologicznego i pobraniu wycinków rozpoznano nierogowaciejącego płaskonabłonkowego raka pochwy w II stopniu zaawansowania klinicznego. Pacjentka została poddana brachyterapii. Łącznie podczas całego leczenia podano dawkę 37,5 Gy w 5 frakcjach po 7,5 Gy. W trakcie brachyterapii doszło do jatrogennego uszkodzenia pęcherza moczowego i jelita, które leczono zachowawczo.

Chora zgłosiła się w 2010 roku do Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu z powodu silnych dolegliwości bólowych odbytu i pochwy z obecnością cuchnącej wydzieliny z pochwy.

W trakcie hospitalizacji w Klinice Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej przeprowadzono u pacjentki badanie ginekologiczne w znieczuleniu ogólnym dożylnym stwierdzając w miednicy mniejszej obecność ciastowatego guza średnicy około 10 cm. Wykonano również badania dodatkowe. W badaniu tomografii komputerowej stwierdzono nieco pogrubiałą, nierówną tylną ścianę pęcherza moczowego. Nie uwidocznilo powiększonych węzłów chłonnych śród- i pozaoztrzewnowych ani nacieku na naczynia pozaoztrzewnowe. Pozostałe narządy jamy brzusznej były bez zmian. W urografii stwierdzono nerki prawidłowej wielkości i kształtu, wydzielające symetrycznie, o prawidłowych układach kielichowo-miedniczkowych, moczowody nieposzerzone bez cieni uwapnionych złogów w rzucie dróg moczowych. Cystoskopia wykazała prawidłową pojemność pęcherza moczowego, okolice ujścia prawidłowe, śluzówka gładka bez zmian, światło cewki bez zmian. Wykonano również kolonoskopię. Instrument z trudem wprowadzono do kątnicy. Odbytnica i esica słabo poddawały się rozdymaniu (esica sztywna, pozbawiona haustu). Innych zmian nie uwidocznilo. W badaniu RTG klatki piersiowej opisano pola płucne bez zmian ogniskowych.

Ze względu na wyczerpanie możliwości dalszego leczenia radioterapią pacjentka została przekazana do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w Bytomiu, gdzie zespół chirurgów, urologów i ginekolog przeprowadził zabieg operacyjny. W trakcie operacji stwierdzono guzową zmianę w kielucie pochwy naciekającą cewkę moczową, tylną ścianę pęcherza moczowego oraz odbytnicę. Węzły chłonne miednicy oraz pochwy nie były powiększone. Po odreparowaniu *rectum* i pęcherza moczowego usunięto wargi sromowe mniejsze i pochwę w bloku z odbytnicą i pęcherzem moczowym od strony brzucha i krocza. Wypreparowane moczowody zabezpieczono sondami moczowodowymi, które wyłoniłono w powłokach po obu stronach symetrycznie nad talerzami biodrowymi. W dalszej części zabiegu wyłoniłono na stałe w powłokach jamy brzusznej odbył sztuczny esiczy. Miednicę małą zamknięto siecią większą po jej zmobilizowaniu. Przebieg pooperacyjny powikłany był niewielkim sączeniem z rany w powłokach brzusznych, które

po leczeniu zachowawczym stopniowo ustąpiło oraz koniecznością przetoczenia preparatów krwipochodnych. W badaniu histopatologicznym usuniętych tkanek i narządów stwierdzono obecność procesu nowotworowego w tkankach pochwy (*infiltratio carcinomatosa planoepitheliales. Necrosis et granulatio*). Naciek nowotworowy nie przechodził poza ściany pochwy. Pacjentka została wypisana w 21 dobie po zabiegu operacyjnym ze sprawnie funkcjonującymi przetokami moczowymi i sztucznym odbytem. Po 3 miesiącach od zabiegu była ponownie hospitalizowana w Klinice Chirurgii z powodu ropnia powłok brzusznych w okolicy ujścia ureterostomii lewej. Okolicę ujścia lewego moczowodu spunktowano uzyskując wypływ ropnej treści, którą posłano do badania bakteriologicznego. Po przeplukaniu założono sączek. W badaniu mikrobiologicznym wyhodowano alert patogen- *E.coli* (+++) ESBL (+). Zastosowano skuteczne leczenie zgodne z antybiogramem.

Pacjentka regularnie co 3 miesiące zgłasza się do Kliniki Ginekologii na badanie kontrolne (Fot.1. Pacjentka rok po zabiegu całkowitego wytrzewienia narządów miednicy mniejszej).

Dotychczasowe wyniki badań ginekologicznych nie budzą podejrzenia wznowy procesu nowotworowego. Kondycja psychiczna pacjentki i stan ogólny określone są jako dobre. Pacjentka pozostaje pod stałą kontrolą Poradni Chirurgicznej oraz Urologicznej.

Omówienie i dyskusja

Określenie czynników ryzyka rozwoju raka pochwy pozostaje wciąż niejednoznaczne. Uważa się, że wiele z nich pozostaje wspólnych z czynnikami ryzyka dla raka szyjki macicy. Wśród czynników ryzyka wystąpienia raka pochwy wymieniane są: liczba partnerów seksualnych powyżej 5, wiek inicjacji seksualnej poniżej 17 roku życia, hipoestrogenizm, nikotynizm, niski status socjoekonomiczny, urazy okołoporodowe, nieprawidłowy wynik cytologii, stan po histerektomii [11, 12].

Przewlekłe zapalenie pochwy związane z działaniem drażniącym czynników takich jak obecność Pessara oraz antygenów wirusa brodawczaka HPV (również wśród pacjentek z rakiem szyjki macicy w wywiadzie), które sprzyjają rozwojowi inwazyjnej postaci raka pochwy [13]. 5-9% przypadków raka pochwy poprzedzonych jest VAIN [14].

Najczęściej spotykanym typem histologicznym raka pochwy jest rak płaskonabłonkowy (90%). W około 5% stwierdza się raka gruczołowego, którego szczyt występowania odnotowuje się wśród pacjentek 17-21-letnich. Jasnokomórkowe raki gruczołowe zazwyczaj związane są z gruczolistością (*adenosis*) obserwowaną u pacjentek z wewnątrzmaciczną ekspozycją na DES [4, 15]. Poza najczęściej spotykanym rakiem płaskonabłonkowym do innych histopatologicznych typów zmian nowotworowych zalicza się czerniaki, raki gruczołowe i mięsaki [2, 16].

W przedstawianym przypadku 52-letnia pacjentka była wcześniej leczona operacyjnie z następową brachyterapią z powodu raka błony śluzowej macicy IC, G3. 6 lat później w badaniu histopatologicznym wycinków z pochwy stwierdzono nierogowaciejącego raka płaskonabłonkowego. W badaniu materiału operacyjnego potwierdzono obecność procesu nowotworowego nieprzekraczającego ścian pochwy

Jak wspomniano we wstępie pochwa jest częścią narządem gdzie przerzutują inne nowotwory, najczęściej rak szyjki macicy. Przerzuty raka błony śluzowej macicy do pochwy mogą



Fot. 1. Pacjentka rok po zabiegu całkowitego wytrzewienia narządów miednicy mniejszej.

częściej pojawiać się po zastosowaniu pierwotnego leczenia tej jednostki chorobowej. Przerzuty w pochwie występują też u pacjentek leczonych z powodu ciąży choroby trofoblastycznej. W przypadku raka pochwy zlokalizowanego w górnej części narządu sposób przerzutowania przypomina drogę szerzenia się przerzutów w raku szyjki macicy z zajęciem węzłów chłonnych zasłonowych, biodrowych. Nacieki na węzły chłonne pachwinowe i głębokie węzły miednicze spotykany jest gdy zmiana lokalizuje się w dolnym odcinku pochwy. Podobnie przerzutuje rak sromu [16]. Często jedynymi zgłaszanymi przez pacjentkę dolegliwościami są bezbolesne krwawienia i towarzyszące im upławy [2, 17]. W przypadkach bardziej zaawansowanych pojawiają się dolegliwości bólowe, a w związku z naciekiem na pęcherz moczowy także hematuria, zaburzenia częstości mikcji, nawet z retencją moczu. Rozprzestrzenianie się guza w kierunku odbytnicy skutkuje m.in. takimi dolegliwościami jak: uczucie parcia na stolec, zaparcia oraz obecność krwi w stolcu [18]. Opisująca pacjentka podawała podobne dolegliwości. 5-10% przypadków raka pochwy pozostaje, mimo postępu choroby, bezobjawowych a rozpoznanie choroby stawiane jest na podstawie badania ginekologicznego i wykonanego badania cytologicznego. We wcześniejszych przypadkach zmian płaskonabłonkowych podejrzenie choroby nasuwa nieprawidłowy wynik badania cytologicznego u pacjentek po usunięciu macicy lub z inwazyjnym HPV-dodatnim rakiem szyjki macicy w wywiadzie. Postawienie diagnozy w przypadku jasnokomórkowych raków gruczołowych jest trudniejsze z powodu ich podśluzówkowego wzrostu i wymaga wykonania biopsji celowanej. W rozpoznaniu choroby przydatne może okazać się również przeprowadzenie badania kolposkopowego. Wydaje się jednak, że w zmianach zaawansowanych największą rolę odgrywa badanie ginekologiczne. Do ważnych badań dodatkowych ułatwiających rozpoznanie choroby i ocenę stopnia zaawansowania zalicza się: rezonans magnetyczny, rektoskopia (proktoskopia), cystoureteroskopia [17].

U większości chorych z pierwotnym inwazyjnym rakiem pochwy leczeniem z wyboru jest radioterapia. Zastosowanie brachyterapii w połączeniu z EBRT poprawia wyniki 5-letniego przeżycia w porównaniu do terapii każdą z tych metod osobno [19, 20].

Olejek A, et al. Całkowite wytrzewienie narządów miednicy mniejszej z powodu raka pochwy – opis przypadku.

Wśród wskazań do pierwotnego leczenia chirurgicznego wymienia się m.in. centralną wznowę po radykalnym leczeniu napromieniowaniem [5]. W literaturze opisuje się nieliczne przypadki radykalnego leczenia chirurgicznego u pacjentek z rakiem pochwy w II stopniu zaawansowania klinicznego. W badaniach Rubin i wsp. na grupie 75 pacjentek wykazano, że zastosowanie innych niż wytrzewienie metod chirurgicznych przynosi lepsze rezultaty [19]. Z kolei Stock i wsp. uznał leczenie chirurgiczne za niezależny czynnik pozytywnej prognozy [12]. Do innych czynników wpływających na końcowy efekt leczenia zaliczane są charakter guza (pierwotny/wznowa), rozmiar wznowy, średnica guza, obecność przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych, stan marginesów cięcia, side-wall fixation, histologia guza oraz czas od diagnozy lub radioterapii do czasu wykonania zabiegu wytrzewienia [21].

Sądzi się, że neoadjuwantowa chemioterapia wdrożona po radykalnym leczeniu chirurgicznym może korzystnie wpływać na czas przeżycia pacjentek z rozpoznaniem rakiem pochwy w II stopniu zaawansowania. W latach 80. neoadjuwantową chemioterapię zaczęto stosować u pacjentek z rakiem szyjki macicy poddawanych uprzednio radykalnemu leczeniu chirurgicznemu [22]. Z powodu rzadkości choroby i dodatkowo nielicznej grupy pacjentek z rakiem pochwy poddawanych radykalnemu zabiegowi operacyjnemu ilość danych jest ograniczona [23].

Po przedstawieniu pacjentce możliwości terapeutycznych i rokowania wspólnie podjęto decyzję o zastosowaniu leczenia chirurgicznego. Wykonano zabieg przedniego i tylnego wytrzewienia narządów miednicy mniejszej.

Klasycznym wskazaniem do wykonania całkowitego wytrzewienia narządów miednicy mniejszej była potrzeba chirurgicznego leczenia wznowy lub przetrwałej postaci raka szyjki macicy wśród pacjentek poddanych uprzedniej radioterapii. Choroba musiała być ograniczona do centralnej miednicy z wykluczeniem odległych przerzutów [24]. Śmiertelność okołoperacyjna w połowie XX wieku wynosiła ponad 23%, a wyniki odległe były bardzo słabe. Obecnie śmiertelność okołoperacyjna wśród pacjentów poddanych wytrzewieniu wynosi około 10% a według niektórych autorów nawet mniej. 5-letni okres przeżycia waha się w granicach 20-60%. Jak podaje Berek i wsp. wśród pacjentek z lokalnie zaawansowanym rakiem pochwy poddanych uprzednio napromieniowaniu 5-letni okres przeżycia wynosi ponad 50% [6, 25]. Obszerny zabieg chirurgiczny stwarza możliwość lokalnej kontroli procesu oraz złagodzenia dolegliwości bólowych [26]. Ograniczeniem leczenia operacyjnego jest konieczność zachowania marginesu chirurgicznego. Jak podaje Maggioni wśród pacjentów poddanych operacji wytrzewienia miednicy z powodu raka pochwy i szyjki macicy obecność ujemnych marginesów cięcia wiąże się z dłuższym (istotnym statystycznie) okresem przeżycia [21]. W przedstawianym przypadku w badaniu histopatologicznym nie stwierdzono żadnych przerzutów.

W literaturze podkreśla się konieczność dokładnego doboru pacjentów, którzy mogą odnieść najwięcej korzyści z leczenia operacyjnego [27]. Otyłość, zaawansowany wiek biologiczny oraz towarzyszące choroby uogólnione mogą w istotnym stopniu zmniejszać efektywność leczenia chirurgicznego [27, 28]. Operowana pacjentka nie była obciążona żadnymi innymi chorobami ogólnoustrojowymi.

Jak podaje Crowe i wsp. zabieg paliatywnego wytrzewienia narządów miednicy mniejszej u pacjentów, u których wyko-

rzystano inne metody terapeutyczne, powinny być wykonywane tylko w dobrze wyselekcjonowanych przypadkach. Wydaje się, że zabieg wytrzewienia wiąże się z zmniejszeniem dolegliwości bólowych wśród pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym [29]. Jednak rozległy zabieg usunięcia dużego guza wiąże się krótkim okresem przeżycia, a tym samym złą jakością życia [6]. Pacjentki chorujące na nowotwór układu rozrodczego niejednokrotnie odczuwają żal, popadają w depresję oraz cierpią z powodu zaburzeń funkcji seksualnych w następstwie leczenia chirurgicznego [30]. Do operacji plastycznych pozwalających odtworzyć pochwę zalicza się te z użyciem płatów skórno-mięśniowych, np. mięśnia smukłego, płatów skórno-powięziowych, płatów skórnych, przeszczepów pochodzących z jelit [5]. Jednak wśród pacjentek leczonych wstępnie radioterapią, chirurgiczne leczenie rekonstrukcyjne napotyka ograniczenia, głównie pod postacią przywrócenia funkcjonalności narządu [23].

Wnioski

Zabieg całkowitego wytrzewienia narządów miednicy mniejszej z powodu raka pochwy wykonywany jest rzadko. Dane w literaturze polskiej są bardzo ograniczone.

Należy pamiętać, że ten rozległy zabieg ma na celu zwiększyć szansę wyleczenia pacjentki, nawet jeśli czas przeżycia rozpatrywany jest w okresie przeżyć 5-letnich.

Piśmiennictwo

1. Tjalma W, Monaghan J, de Barros Lopes A, [et al.]. The role of surgery in invasive squamous carcinoma of the vagina. *Gynecol Oncol.* 2001, 81, 360-365.
2. Bidul M, Elias J. Rak szyjki macicy i pochwy. W: Ginekologia Berek. JS, Novak E, red. Kotarski J. Warszawa: MedPage. 2008, 1671-1577.
3. Davis K, Stanhope C, Garton G, [et al.]. Invasive vaginal carcinoma: analysis of early stage disease. *Gynecol Oncol.* 1991, 42, 131-136.
4. Merino M. Vaginal cancer: the role of infectious and environmental factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1991, 165, 1255-1262.
5. Blecharz P, Urbański K, Reinfuss M, [et al.]. Surgery in patients with primary invasive vaginal carcinoma. *Oncol Radiother Med Proj Poland.* 2010, 2, 25-28.
6. Crowe P, Temple W, Lopez M, [et al.]. Pelvic exenteration for advanced pelvic malignancy. *Semin Surg Oncol.* 1999, 17, 152-160.
7. Tjandra J. Surgical management of the locally advanced pelvic malignancy - the colorectal surgeon's view. Review. *Ann Acad Med Singapore.* 1995, 24, 271-276.
8. Morley G, Hopkins M, Lindenauer S, [et al.]. Pelvic exenteration, University of Michigan: 100 patients at 5 years. *Obstet Gynecol.* 1989, 74, 934-943.
9. Wydra D, Emerich J, Sawicki S, [et al.]. Major complications after pelvic exenteration for gynecological and rectal malignancies: a 9-year experience and review of the literature. *Ginek Pol.* 2007, 78, 91-98.
10. Wydra D, Emerich J, Sawicki S, [et al.]. Wytrzewienie miednicy mniejszej w leczeniu zaawansowanego raka sromu. *Ginek Pol.* 2005, 76, 465-470.
11. Daling J, Madeleine M, Schwartz S, [et al.]. A population-based study of squamous cell vaginal cancer: HPV and cofactors. *Gynecol Oncol.* 2002, 84, 263-270.
12. Stock R, Chen A, Seski J. A 30-year experience in the management of primary carcinoma of the vagina: analysis of prognostic factors and treatment modalities. *Gynecol Oncol.* 1995, 56, 45-52.
13. Bouma J, Burger M, Kraus M, [et al.]. Squamous cell carcinoma of the vagina: a report of 32 cases. *Int J Gynaecol Cancer.* 1994, 4, 389-394.
14. Aho M, Vesterinen E, Meyer B, [et al.]. Natural History of vaginal intraepithelial neoplasia. *Cancer.* 1991, 68, 195-197.
15. Dixit S, Singhal S, Baboo H. Squamous cell carcinoma of the vagina. A review of 70 cases. *Gynecol Oncol.* 1993, 48, 80-87.
16. Creasman W. Vaginal cancers. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2005, 17, 71-76.

17. Di Donato V, Bellati F, Fischetti M, [et al.]. Vaginal cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2012, 81, 286-295.
18. Rubin S, Young J, Mikuta J. Squamous carcinoma of the vagina: treatment, complications and longterm follow-up. *Gynecol Oncol*. 1985, 20, 346-353.
19. Perez C, Grigsby P, Garipagaoglu M, [et al.]. Factors affecting long-term outcome of irradiation in carcinoma of the vagina. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1999, 44, 37-45.
20. Stock R, Mychalczak B, Armstrong J, [et al.]. The importance of the brachytherapy technique in the management of primary carcinoma of the vagina. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1992, 24, 747-753.
21. Maggioni A, Roviglione G, Landoni F, [et al.]. Pelvic exenteration: Ten-year experience at the European Institute of Oncology in Milan. *Gynecol Oncol*. 2009, 114, 64-68.
22. Benedetti Panici P, Bellati F, Plotti F, [et al.]. Neoadjuvant chemotherapy followed by radical surgery in patients affected by vaginal carcinoma. *Gynecol Oncol*. 2008, 111, 307-311.
23. Lv L, Sun Y, Liu H, [et al.]. Neoadjuvant chemotherapy followed by radical surgery and reconstruction of the vagina in a patient with stage II primary vaginal squamous carcinoma. *J Obstet Gynaecol Res*. 2010, 36, 1245-1248.
24. Hatch K, Berek J. Pelvic exenteration. In: Practical gynecologic oncology. Wyd. IV. Red. Berek J, Hacker N. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005. 801-816.
25. Berek J, Howe C, Lagasse L, [et al.]. Pelvic exenteration for recurrent gynecologic malignancy: Survival and morbidity analysis of the 45-year experience at UCLA. *Gynecol Oncol*. 2005, 99, 153-159.
26. Ferenschild M, Vermaas C, Verhoef A, [et al.]. Total Pelvic Exenteration for Primary and Recurrent Malignancies. *World J Surg*. 2009, 33, 1502-1508.
27. Matthews C, Morris M, Burke T, [et al.]. Pelvic exenteration in the elderly patient. *Obstet Gynecol*. 1992, 79, 773-777.
28. Fleisch M, Pantke P, Beckmann M, [et al.]. Predictors for long-term survival after interdisciplinary salvage surgery for advanced or recurrent gynecologic cancers. *J Surg Oncol*. 2007, 95, 476-484.
29. Yeung R, Moffat F, Falk R. Pelvic exenteration for recurrent colorectal carcinoma: a review. *Cancer Invest*. 1994, 12, 176-188.
30. Cutillo G, Cignini P, Pizzi G, [et al.]. Conservative treatment of reproductive and sexual function in young woman with squamous carcinoma of the vagina. *Gynecol Oncol*. 2006, 103, 234-237.

KOMUNIKAT



SEKCJA ULTRASONOGRAFII POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO

ORAZ

STOWARZYSZENIE NA RZECZ ZDROWIA MATKI I DZIECKA

Serdecznie zapraszają na kurs



Praktyczna ultrasonografia w położnictwie i ginekologii

Zakopane, 23-25 maja 2013 r.

Hotel Belvedere, ul. Droga do Białego 3

(Nowy Targ, 23 maja 2013 r. – Warsztaty Praktyczne)



Zgłoszenia na konferencję prosimy przysyłać na adres:
Sekcja USG PTG - sekretariat, ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel. 618419334, e-mail: kpichk@gpsk.am.poznan.pl

Przewodniczący komitetu naukowego i organizacyjnego

Dr hab. Marek Pietryga

Honorowy przewodniczący
Prof. dr hab. Jacek Brązert

Perinatal Doppler Focus Group
Prof. dr hab. Mariusz Dubiel

Tematy wykładów:

Bezpieczeństwo badań prenatalnych – nowe standardy

Obrazowanie wczesnej ciąży (5-10. tygodni) – nowoczesne metody, a możliwości diagnostyczne

Diagnostyka prenatalna między 11. a 14. tygodniem ciąży:

- ocena anatomii płodu
- ocena wystąpienia ryzyka:
 - aberracji chromosomalnych
 - porodu przedwczesnego
 - preeklampsji
 - cukrzycy ciążowej
 - makrosomii
 - hipotrofii płodu

Praktyczne zasady diagnostyki wad rozwojowych na podstawie przypadków klinicznych ciąży fizjologicznej i powikłanej (filmy, prezentacje live, on-line i zdjęcia):

- układ moczowy
- układ pokarmowy
- układ kostny
- centralny układ nerwowy

Markery ultrasonograficzne aberracji chromosomalnych.

Kiedy i na co zwracać uwagę? Odrębności diagnostyczne

Diagnostyka inwazyjna. Kiedy i jakie badania wykonać?

Diagnostyka aberracji chromosomalnych – ocena DNA płodowego w surowicy matki

Ultrasonografia szyjki macicy i progesteron w leczeniu zagrażającego poronienia i porodu przedwczesnego

Multimedialne prezentacje przypadków wad rozwojowych

Diagnostyka ultrasonograficzna nowotworów piersi – nowe wyzwania?

Obrazowanie trójwymiarowe 3D/4D w położnictwie i ginekologii

Diagnostyka ultrasonograficzna guzów jajnika, raka endometrium, zmian rozrostowych macicy

Diagnostyka sonograficzna w uroginekologii

Multimedialne prezentacje przypadków zmian nowotworowych w różnych technikach obrazowania

Nowości w diagnostyce ultrasonograficznej w ostatnich latach (2011-2013)